

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Juillet 1908, à 1 heure

PAR

Georges LABERNE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Traitement des Adénites Tuberculeuses

(Méthode de Bier modifiée)



Président : M. SEGOND, professeur

MM. RECLUS, professeur

Juges

GOSSET, agrégé

OMBREDANNE, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE, Éditeur

15, Rue Racine, 15

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY	
Professeurs		MM.	
Anatomie.....		NICOLAS	
Physiologie.....		CH. RICHET	
Physique médicale.....		GARIEL	
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER	
Parasitologie et histoire naturelle médicale... ..		BLANCHARD	
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD	
Pathologie médicale.....		BRISSAUD	
		DEJERINE	
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE	
Anatomie pathologique.....		PIERRE MARIE	
Histologie.....		PRENANT	
Opérations et appareils.....		QUENU	
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET	
Thérapeutique.....		GILBERT	
Hygiène.....		CHANTEMESSE	
Médecine légale.....		THOINOT	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		GILBERT-BALLET	
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER	
Clinique médicale.....		HAYEM	
		DIEULAFOY	
		DEBOVE	
		LANDOUZY	
		HUTINEL	
Maladies des enfants.....		JOFFROY	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND	
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU	
Clinique chirurgicale.....		BERGER	
		RECLUS	
		SEGOND	
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN	
Clinique d'accouchements.....		PINARD	
		BAR	
		RICHEMONT-DESSAIGNES	
Clinique gynécologique.....		POZZI	
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON	
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN	
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPÈRE	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE *	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE BESANÇON
ET DE
LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECOND

Professeur de Clinique chirurgicale

à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Parvenu à la fin de nos études, nous tenons à faire un retour sur le passé et à exprimer toute notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont prodigué avec tant de zèle leurs conseils et leur enseignement.

Notre gratitude ira tout d'abord à nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Besançon :

M. le Dr Mandereau qui nous enseigna l'anatomie dans des leçons remarquables par leur clarté et par la précision des termes, et qui nous guida avec tant de sollicitude dans nos travaux de dissection.

M. le Dr Prieur dont nous avons pu apprécier la science et l'érudition autant que les qualités inestimables de simplicité et de bonté.

MM. les Drs Bolot, Roland, Morin qui furent pour nous des professeurs dévoués.

Nous nous souviendrons toujours des années passées dans les hôpitaux de Besançon et nous tenons à remercier tout spécialement les maîtres qui nous ont enseigné la pratique médico-chirurgicale : MM. les Drs Chapoy, Gauderon, Heitz, Hyenne, Ledoux, Brunswich, Vaissier.

A la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, nous nous sommes initié à la pratique de l'Obstétrique sous la direction de M. le professeur Bar et de M. le Dr Brindeau, accoucheur des hôpitaux : nous leur adressons notre plus vive reconnaissance.

A l'hôpital Necker, nous avons fait un stage de

quatre mois dans le service de M. le professeur Albarran et nous avons pu apprécier la science, la sûreté de diagnostic du maître éminent; nous lui exprimons toute notre gratitude.

Nous n'oublierons pas non plus M. le Dr Erlzbischoff qui nous accueillit toujours avec la plus extrême bienveillance.

Nos remerciements iront encore à M. le Dr Mayet, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, qui nous a donné le sujet de cette thèse et nous a dirigé dans cette étude; nous ne saurons jamais assez lui témoigner notre reconnaissance.

Que M. le professeur Segond veuille bien agréer l'assurance de toute notre gratitude pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
Traitement des Adénites Tuberculeuses
(*Méthode de Bier modifiée*)

HISTORIQUE ET ANATOMIE
PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder la question du traitement des adénites tuberculeuses, nous avons pensé qu'il était bon de rappeler en quelques mots l'histoire de leur étude et les différents stades successifs par lesquels passe le ganglion en voie de se tuberculiser.

On connaissait les adénopathies tuberculeuses depuis les temps les plus reculés, les anciens les appelaient écouelles, Hippocrate les dénommait *pessimus colli morbus*, mais on connaissait plutôt les ulcérations et les stigmates qu'elles laissent après elles que leur véritable entité morbide.

Laënnec fut le premier à décrire le tubercule dans un certain nombre de ganglions dits scrofuleux et Schuppel jeta un jour nouveau sur cette question en décrivant la granulation grise.

Sous l'influence des différentes recherches entreprises par Köster, puis par Charcot, Lannelongue, Brissaud, il se fit une conception nouvelle et on ne tarda pas à identifier ces notions de scrofule et tuberculose.

Une preuve décisive de cette identification fut fournie lorsque, en 1882, Koch découvrit deux fois sur trois le bacille tuberculeux dans les ganglions scrofuleux et, qu'à sa suite, Krause et Schuchardt le retrouvèrent constamment. Une contre-épreuve acheva d'enlever le doute aux sceptiques : le pus des ganglions scrofuleux inoculé aux animaux provoquait des lésions tuberculeuses. La théorie uniciste était établie, et on ne s'occupera plus désormais que du ganglion tuberculeux.

Dans son évolution pathologique, la tuberculose ganglionnaire passe par trois stades successifs :

1^o *Stade de granulations grises et de nodules.* — Le ganglion de forme ovoïde, de consistance ferme, présente le plus souvent à la section une surface grise ou jaunâtre, les granulations grises peuvent s'observer quelquefois à l'œil nu, mais on ne les découvre pas toujours. Ces granulations se groupent pour former des nodules à contour arrondi ou irrégulier.

Les bacilles de Koch se rencontrent généralement

dans l'intérieur des cellules géantes, mais, et cette notion est importante au point de vue thérapeutique, ils se rencontrent également en dehors de la capsule et constituent là un foyer infectieux péri-ganglionnaire.

2° *Stade de ramollissement.* — Les granulations deviennent confluentes, elles se ramollissent, on trouve dans l'intérieur du ganglion des îlots jaunâtres formés d'une matière semi-fluide et friable qui deviendra dans la suite une bouillie granuleuse.

Ces îlots se forment aux dépens du parenchyme qui se creuse ainsi en cavernes et en diverticules.

La sclérose limite les foyers caséux et les régions péri-ganglionnaires elles-mêmes sont envahies par le tissu scléreux : c'est là un processus de défense qui s'organise.

3° *Stade de caséification.* — Dans son évolution, le ganglion tuberculeux aboutit le plus souvent à la caséification.

On trouve contenu dans la coque sclérosée un liquide purulent, grumeleux, semé de parcelles jaunâtres, friables, caséuses et renfermant peu de bacilles de Koch.

D'autres fois, la collection est presque tout entière péri-ganglionnaire, la coque s'étant rompue ou ayant été détruite, et l'on est alors en présence d'un abcès froid. Le plus souvent dans ces deux cas, le pus s'ouvre un trajet à la peau et s'évacue à l'extérieur : une fistule persiste qui guérira difficilement.

— *Autres terminaisons.* — LA SCLÉROSE du ganglion

s'observe parfois et les noyaux fibreux qui en résultent sont un mode de guérison naturelle mais qui est relativement peu fréquent.

LA CALCIFICATION se rencontre le plus souvent chez les vieillards et dans les ganglions viscéraux et profonds.

Enfin le ganglion dont la coque est épaissie peut demeurer à l'état de KYSTE SÉREUX.

Ces deux derniers modes d'évolution sont, on doit le dire, extrêmement rares.

La conclusion à tirer de ces notions anatomo-pathologiques est que l'adénite tuberculeuse fongueuse ou suppurée, abandonnée à elle-même, n'est pas susceptible de guérison complète sans ouverture à la peau, sans infection secondaire, sans fistulation et cicatrice vicieuse indélébile (écrouelles).

Pour parer aux inconvénients qu'entraînerait cette tuberculose ganglionnaire laissée à elle-même, plusieurs procédés ont été préconisés, nous les passerons rapidement en revue.

MÉTHODES DE TRAITEMENT

Nous ne nous occuperons au cours de ce travail que de l'étude du traitement du ganglion ramolli et suppuré.

Les différentes méthodes que nous allons exposer relèvent les unes du traitement chirurgical, les autres du traitement conservateur.

I. — *Ablation chirurgicale*

Cette méthode a pour but d'arriver, grâce à une cicatrice linéaire, longue, étendue, d'enlever un ou plusieurs ganglions et, par ce moyen, d'éviter la suppuration et de hâter la guérison.

Les résultats sont loin d'être toujours favorables et la méthode en elle-même présente de nombreux inconvénients :

1^o Cette ablation est souvent incomplète, surtout lorsqu'on enlève de gros paquets ganglionnaires, et dès lors, les récidives ne sont pas rares ;

2^o Elle peut favoriser et quelquefois provoquer une généralisation tuberculeuse ganglionnaire par auto-inoculation ;

3° Elle peut être dangereuse lorsqu'elle a lieu au voisinage de nerfs et de gros troncs artériels ou veineux comme au cou et à l'aîne, une embolie gazeuse ou une hémorragie pouvant résulter de l'intervention.

4° Elle nécessite une incision le plus souvent longue et d'autant plus longue qu'on opérera sur un paquet ganglionnaire volumineux ; cette incision laissera après elle une cicatrice inesthétique occasionnant de multiples ennuis surtout chez la jeune fille.

II. — *Le curettage*

Le curettage n'est à vrai dire qu'un mode d'extirpation, c'est une extirpation avec une curette qui permet de pénétrer dans les anfractuosités de la cavité fongueuse.

L'incision peut être faite juste suffisante pour livrer passage à la curette et ainsi ne donner dans la suite qu'une cicatrice minime. Mais cette méthode est infidèle, la peau ne tarde pas à être gagnée par l'infection, la suppuration s'établit, il faut agrandir l'incision et nous retrouvons alors les inconvénients du traitement précédent.

III. — *Injectons interstitielles*

Elles ont été employées pour la première fois par Luton de Reims.

Les liquides à injecter sont très variés, nous nous

contenterons de citer simplement ceux qui sont le plus fréquemment employés, nous réservant de revenir sur cette question dans la suite de ce travail.

Schüller a employé la solution phéniquée à 3 o/o, Reclus la liqueur de Fowler (VIII à X gouttes) mais sans grand résultat ; d'autres se sont servis de teinture d'iode (V à VIII gouttes tous les quatre jours), de la solution de nitrate d'argent, de l'éther iodoformé (Verneuil), du naphtol camphré.

La technique de ce traitement est des plus simples : une ponction est faite avec l'aiguille n° 3 de Dieulafoy, le pus est évacué, puis on injecte par l'aiguille 10 grammes d'éther iodoformé à 10 o/o. Ces injections sont répétées deux ou trois fois.

Signalons la méthode sclérogène du professeur Lannelongue qui consiste à faire pénétrer quelques gouttes de chlorure de zinc en solution à 1 1/0, non pas dans les fongosités ganglionnaires, mais immédiatement en dehors d'elles. Toutefois le chlorure de zinc est un caustique énergique et par cela même il jouit d'un pouvoir nécrosant, de plus son injection est douloureuse.

Ce traitement par les injections interstitielles est toujours très long et les résultats ne sont vraiment satisfaisants que quand l'état général est bon. Le plus souvent il nécessite des ponctions renouvelées, il entraîne à sa suite des fistules qui entretiennent une suppuration continuelle, des cicatrices multiples et disgracieuses et comme le dit Lejars : « c'est un traitement de nécessité ou d'exception. »

IV. — *Autres méthodes.*

1^o Entre ces deux méthodes, l'une d'ablation complète, l'autre conservatrice, en existe une troisième. A la suite de suppurations prolongées, de fistules intarissables, l'on a fait une incision sur toute la longueur du ganglion et, entre les deux lèvres de l'incision, on a placé une mèche de gaze imprégnée de liquide antiseptique.

Mais cette méthode est défectueuse, car la cicatrice qui en résulte est une cicatrice par seconde intention, elle est rétractile, occasionne des plissements de la peau et quelquefois la formation de chéloïde.

2^o Nous citerons encore le traitement par la médication marine joint au traitement médical mais nous n'insisterons pas sur ce point, parce que les guérisons observées se rencontrent plus spécialement dans les formes non ramollies et non suppurées.

3^o Nous ne ferons que signer l'ignipuncture (Heynacker), le curage sous-cutané (Lesser), l'extirpation sous-cutanée (Dollinger).

4^o Enfin nous arrivons à une méthode basée sur l'hyperémie, c'est la méthode du Dr Bier de Bonn.

* *

L'objet de cette thèse est de montrer par une série d'exemples qu'il est facile et en général rapide d'arriver à la guérison de la tuberculose ganglionnaire fongueuse ou suppurée en utilisant différentes de

ces méthodes et de produire ainsi une cicatrice extrêmement minime qui disparaît presque totalement dans l'avenir.

Nous traiterons l'adénite tuberculeuse.

1° Par la ponction avec la pointe d'un bistouri très fin, destinée à permettre l'évacuation complète de la cavité ganglionnaire ;

2° Par l'application d'une ventouse ;

3° Entre les séances d'application de la ventouse par la pénétration dans la cavité d'un liquide modificateur et antiseptique.

Quelle est, comparée aux autres méthodes, la portée de la nôtre, quels sont ses indications propres, quels sont ses résultats, tel est ce que nous nous proposons de démontrer.

La plupart des observations publiées ici ont été prises pendant deux années consécutives dans le service du Dr Mayet, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph et, sous sa bienveillante direction, nous avons pu suivre les malades et nous rendre compte des progrès réalisés.

Nous avons désiré compléter nos observations par deux photographies que nous avons prises nous-même et qui nous ont paru ajouter l'évidence des faits à l'étude clinique.

Nous croyons qu'il serait à désirer que la méthode que nous allons exposer tout à l'heure, méthode simple, facile, ne nécessitant aucun appareil spécial et à la portée de tous les praticiens, fût appliquée souvent dans l'avenir.

MÉTHODE DE BIER

La méthode de Bier est basée sur l'hyperémie produite par la raréfaction de l'air à l'intérieur d'une ventouse.

Qu'est-ce que l'hyperémie, quels sont ses effets, quelle est la technique du traitement, voilà autant de questions qui méritent d'être élucidées.

I. — *L'Hyperémie*

Après de nombreuses recherches, le Dr Bier de Bonn remarqua que tout organe qui travaillait était hyperémié, c'est-à-dire qu'à l'intérieur de cet organe il se produisait un afflux sanguin pendant toute la durée du travail.

Il y a hyperémie, dit-il, à l'occasion de tout acte de génération, il y a hyperémie « lors de la croissance des bois des cervidés et de la mue des oiseaux » et ce phénomène s'observe chaque fois que l'organisme réagit contre des corps étrangers ou contre des bactéries. Si donc, ajoute-t-il, on considère les réactions de l'organisme comme des manifestations utiles, comme des efforts naturels vers la guérison,

on sera porté, dans un but thérapeutique, à imiter les procédés de la nature et à produire l'hyperémie.

L'hyperémie est donc un afflux sanguin dans un point déterminé, afflux qui peut revêtir deux modalités différentes : Il existe une hyperémie active dans laquelle il y a augmentation de l'intensité du courant sanguin dans un réseau vasculaire, et une hyperémie passive ou par stase, caractérisée par ce fait que le réseau vasculaire est rempli plus abondamment, conséquence de l'écoulement moins rapide du sang veineux. La première est presque toujours synonyme d'hyperémie artérielle et la seconde d'hyperémie veineuse.

II. — Principaux effets de l'hyperémie

1^o *L'hyperémie a une action analgésique*, elle atténue la douleur. Cette action particulière importe peu dans le traitement des adénites tuberculeuses qui, comme on le sait, revêtent presque toujours un caractère indolore, mais nous avons cru bon de la signaler.

Elle agira d'une façon efficace, dit Bier, dans les névralgies et les maux de tête, dans les processus phlegmoneux, dans les arthropathies, qu'il s'agisse de rhumatisme articulaire aigu ou d'arthrite blennorrhagique.

Cette action qui s'observe très peu de temps après l'application de la bande élastique a été interprétée

de façons très différentes et, à vrai dire, son explication reste obscure.

2° *L'hyperémie a une action bactéricide.* — Nous ne parlerons pas ici de toutes les expériences qui ont été faites à ce sujet par Nötzel, Wessely, ni des théories de Büchner, de Heller et de tant d'autres, car nous dépasserions le but que nous nous sommes proposé d'atteindre.

Nous dirons simplement que l'hyperémie a une action bactéricide, cela est un fait que Bier et bien d'autres ont mis en évidence.

Si l'on incise un abcès chaud, dit ce dernier, on trouvera un pus riche en staphylocoques et qui donnera des cultures de staphylocoques ; si d'autre part on produit une stase hyperémique, au bout de très peu de temps on ne trouvera plus de bacilles.

La théorie de la phagocytose de Metschnikoff semble expliquer en partie l'effet favorable de l'hyperémie. Dans une stase modérée produite par une ventouse par exemple, les leucocytes émigrent en plus grand nombre vers la région hyperémiée, ils agissent d'autant plus efficacement que leur nombre est doublé ou triplé dans cette zone passive.

Enfin, suivant l'effet que l'on voudra en obtenir, l'hyperémie devra être forte ou modérée : elle devra être active dans les affections non microbiennes, elle devra être passive, au contraire, dans les affections aiguës et bactériennes ; dans aucun cas elle ne devra être exagérée.

3° *L'hyperémie a une action résolutive.* — Elle

favorise la résorption des caillots sanguins, des adhérences, des proliférations de tissu fibreux ; sous son action l'on voit disparaître des végétations intra-articulaires, des nodosités tendineuses, et, à l'appui de ces faits, Bier cite l'exemple d'un individu atteint de rhumatisme blennorragique et sur lequel on avait essayé successivement et sans résultat, le massage, l'hydrothérapie et la flexion forcée sous chloroforme. Sous l'influence du traitement hyperémique, les brides et les nodosités se résorbèrent et l'articulation devint libre.

4° *L'hyperémie produit la régénération.* — Quand, dans une fracture, la formation du cal est retardée, on peut l'accélérer en produisant une stase veineuse artificielle ; si le cal fait défaut on peut souvent provoquer son apparition par le traitement hyperémique.

Relativement aux faits qui nous concernent, l'hyperémie agirait efficacement dans la tuberculose locale, la ventouse ramollirait d'une façon étonnante les ganglions tuberculeux ouverts, on pourrait selon Bier « amener graduellement à la suppuration des paquets ganglionnaires tout entiers et les aspirer au dehors par les fistules et les incisions ». Lorsque, sous l'influence du traitement, la suppuration a cessé, on observe que la tumeur a pour ainsi dire fondu et on ne sent plus qu'une nodosité mobile dont le volume diminuera progressivement.

Penzo a démontré l'effet de l'hyperémie sur la régénération. Dans un appareil construit sur ses

plans, il portait une oreille d'un lapin à 30 degrés et l'autre à 10 degrés, des plaies identiques avaient été créées au préalable sur chacune des deux oreilles. L'expérience permit de dégager les conclusions suivantes : la chaleur en produisant une hyperémie accélère la réparation des plaies, le froid en produisant une anémie la ralentit.

III. — *Technique de la méthode de Bier appliquée au traitement des adénites tuberculeuses*

Cette méthode, nous le répétons, est basée sur l'hyperémie produite par la raréfaction de l'air à l'intérieur d'une ventouse.

Lorsque la raréfaction est forte, il y a une stase sanguine, la preuve en est fournie par la coloration bleue sombre que prennent les tissus ; lorsque la raréfaction est faible, il y a hyperémie artérielle et la peau présente une teinte rouge vif. En pratique, il est difficile d'obtenir d'une façon absolue une hyperémie à l'exclusion de l'autre, et l'opinion de Bier est que la ventouse produit une hyperémie mixte.

Nous ne disons rien des différentes formes de ventouses imaginées par Bier, car elles sont plutôt destinées au traitement d'affections autres que celle qui nous occupe, toutefois, quand il s'agit d'adénopathies, la ventouse ordinaire en verre, celle munie d'un ballon de caoutchouc et la ventouse à pompe sont les plus fréquemment employées.

Après avoir pris toutes les précautions antisepti-

ques voulues, une ponction est faite avec la pointe du bistouri au niveau du ganglion tuberculeux, la ventouse est immédiatement placée et, grâce à l'aspiration mécanique qu'elle produit, la cavité ganglionnaire se vide en grande partie du contenu purulent qu'elle contenait.

Au début la ventouse est appliquée dix minutes la première fois, trois quarts d'heure les jours suivants, mais en prenant soin de l'enlever pendant trois minutes après une aspiration de cinq minutes. Les malades, dit Bier, « sont traités tous les jours jusqu'à ce que les granulations tuberculeuses flasques et pâles deviennent rouges et dures, et jusqu'à ce que la région la plus voisine de la plaie prenne peu à peu une consistance dure. C'est alors le moment d'augmenter les intervalles entre les applications qui avaient lieu jusqu'alors chaque jour ; on commence par placer la ventouse tous les deux jours, puis tous les trois jours et enfin tous les huit jours ».

La raréfaction sans être exagérée, sera pourtant forte et dans aucun cas, il ne faudra curetter les granulations, tamponner ou drainer.

Telle est exposée en quelques mots la technique de la méthode de Bier dans le traitement de la tuberculose ganglionnaire.

IV. — *Conclusion*

Sans nier l'efficacité de cette méthode, nous devons reconnaître que les efforts tentés par Bier

n'ont pas toujours été couronnés de succès, puisque lui-même avoue n'avoir obtenu de résultats que lorsqu'il fit des applications intermittentes de sa ventouse.

D'autre part le peu de place (deux pages à peine), consacré dans son volume à l'étude pourtant si intéressante de cette question des adénites bacillaires, pourrait nous porter à croire que les cas de guérison obtenus sont rares.

Enfin dans l'évolution anatomo-pathologique de la tuberculose ganglionnaire nous voyons que la zone de prolifération microbienne est la zone périphérique : c'est par là que le ganglion progresse.

Dans la cavité ganglionnaire se trouvent des produits de désagrégation dont les uns sont liquides comme le pus, les autres de consistance molle : les fongosités. Or une ponction évacuera facilement le pus, par contre, elle sera presque toujours incapable de favoriser la sortie des fongosités qui tapissent les parois mêmes du ganglion.

Il résulte de cette notion anatomo-pathologique que la ponction suivie de l'aspiration par la ventouse est suffisante lorsque la suppuration est totale ou qu'on est en présence d'un abcès froid, qu'au contraire le plus souvent il est nécessaire non seulement d'évacuer le pus, mais encore, en s'aidant de la curette, d'enlever les fongosités et la zone active de prolifération.

Si l'on fait suivre ce curettage d'injections modificatrices et antiseptiques, l'on aura plus de chances

encore de lutter efficacement contre l'infection locale.

C'est pour ces différentes raisons que nous avons été amenés à employer une méthode mixte.

MÉTHODE DE BIER MODIFIÉE

I. — *Indications*

La méthode que nous préconisons s'adresse à la tuberculose ganglionnaire dès qu'il existe des fongosités, jusqu'à la période de suppuration complète.

Employée selon les règles que nous indiquerons elle permet d'arrêter le processus tuberculeux dans son évolution sans perdre un temps précieux à attendre le ramollissement de ces fongosités comme l'ont conseillé certains auteurs.

Enfin elle s'adresse de préférence aux ganglions peu nombreux isolés ou réunis, plutôt qu'à de volumineux paquets ganglionnaires, aux ganglions qui sont assez superficiels pour être traités par le curetage et pour subir les effets de l'aspiration produite par la ventouse.

II. — *Diagnostic de la caséification*

Il est souvent difficile, car le centre de la tuméfaction ne donne pas toujours la sensation de quelque chose de fongueux ou de ramolli, mais quand cette tuméfaction atteint le volume d'une grosse amande, lorsqu'elle a une tendance à s'accroître et qu'elle est

légèrement douloureuse à la pression, l'adénite sera suspectée de fongosités centrales.

En cas d'erreur de diagnostic de la part de l'opérateur, il va s'en dire qu'une ponction faite dans des conditions aseptiques avec la pointe du bistouri n'entraîne après elle aucune conséquence fâcheuse.

III. — *Méthode*

Désinfection locale. — Elle se fait suivant les procédés ordinaires, savonnage de la région, suivi de lavage à l'alcool et à l'éther, les instruments auront été aseptisés soigneusement et l'antisepsie des mains de l'opérateur ne sera pas moins rigoureux.

Ponction. — Avec un bistouri à cataracte elle est faite au niveau de la partie centrale de la masse ganglionnaire et alors deux éventualités peuvent se produire :

1° Il sort du pus ou une sérosité grumeleuse ;

2° Il ne sort rien.

Dans le premier cas une pression exercée à une faible distance des deux lèvres de la plaie permettra de vider le plus possible le liquide de la poche ganglionnaire.

On fera suivre cette évacuation d'une injection d'eau oxygénée à douze volumes, et du curettage.

Curettage. — Le ganglion dégénéré est solidement saisi par le chirurgien entre le pouce et l'index gauches, pendant que la main droite armée d'une très petite curette procède à l'évidement.

Ce curettage est un travail minutieux et délicat qui nécessite de la part de l'opérateur du temps et de la patience.

L'intervention proprement dite, peut être précédée de l'anesthésie générale par le bromure d'éthyle mais souvent l'anesthésie locale suffira.

Dans le second cas, il ne sort rien, on est alors en présence de fongosités consistantes que l'on devra enlever minutieusement en s'aidant de la curette ; on s'arrêtera dès que l'on aura atteint le tissu fibreux, ce dont on sera averti par le cri de l'instrument.

Enfin on devra toujours avoir présente à l'esprit cette notion que tous les ganglions ne sont pas situés dans des zones indifférentes, que ceux qui siègent à la région carotidienne et à l'aîne ont des rapports avec les gros vaisseaux de ces régions. Il conviendra alors d'employer une curette mousse en évitant de léser la coque ganglionnaire.

Quant aux ganglions situés profondément, ils sont difficiles à atteindre et il y aura peu de chose à attendre de l'aspiration.

Il est encore intéressant de noter que l'intervention est suivie d'un suintement sanguin, indice que la curette a été portée dans la zone vivante du ganglion ; cet écoulement de sang ne peut être que favorable à la désinfection des tissus puisqu'il agit d'une façon mécanique en entraînant au dehors un certain nombre de bactéries.

Le curettage sera suivi d'une injection modificatrice, de l'introduction d'une mèche imbibée d'un

liquide antiseptique, puis quarante-huit heures après de l'application de la ventouse.

Injection. — Différant encore de Bier, nous injectons dans le ganglion un liquide modificateur et antiseptique qui doit pénétrer dans tous les divercules et y demeurer jusqu'à la prochaine séance.

Choix du liquide modificateur. — Nombreux sont les liquides modificateurs employés dans ces temps derniers.

La solution phéniquée, puis la liqueur de Fowler dont s'est servi Reclus ne nous paraissent pas produire une désinfection bien intense.

Le naphtol camphré, préconisé par Callot n'est presque plus employé à l'heure actuelle, car on l'a vu provoquer des accidents graves. C'est ainsi que M. Guinard à la suite d'une injection dans un ganglion de la région sus-claviculaire a vu survenir chez son malade des attaques épileptoïdes. Un cas de mort a été également signalé à la suite d'une injection de vingt-cinq centimètres cubes. Le professeur Forgue de Montpellier ayant injecté 10 gouttes de naphtol camphré dans un trajet fistuleux a eu les craintes les plus vives au sujet de son malade.

Ménard de Berck a proposé le thymol camphré qui ne paraît pas avoir les mêmes inconvénients et il en serait de même du nitrate d'argent.

Mais tous ces liquides ne jouissent pas d'une propriété propre aux solutions éthérées, introduits au milieu de parties molles ils ne peuvent pas comme ces dernières, se volatiliser et émettre des vapeurs

qui tendent à s'insinuer dans tous les coins et diverticules adjacents.

On sait que le tubercule évolue et s'accroît en envoyant de petits bourgeons creux constituant des diverticules plus ou moins étendus et analogues aux « terriers de lapin ». Il résulte de cette notion que les liquides diffusibles sont précieux, nous voulons parler des solutions éthérées.

Il existe deux solutions très en honneur c'est l'éther iodoformé employé par Verneuil, puis la solution de Lamelongue :

Iodoforme.....	10 gr.
Ether sulfurique.....	10 gr.
Créosote de hêtre.....	2 gr.
Huile d'amandes douces stérilisée.....	100 gr.

Ces deux solutions sont parfaitement utilisables dans le cas actuel.

Il existe enfin une troisième solution que nous avons choisie : c'est l'éther iodé (un certain nombre de publications ont été faites à ce sujet par le docteur Mayet), et ce liquide nous a paru convenir pour les raisons suivantes :

D'abord le pouvoir antiseptique de l'iode est plus puissant que celui de l'iodoforme.

Puis les vapeurs d'éther iodé entraînent avec elles des quantités considérables de vapeurs d'iode, il suffit pour s'en convaincre de laisser débouché dans une boîte métallique un flacon contenant cette solution, au bout de quelques heures les parois de la boîte sont attaquées par l'iode.

Enfin ajoutons que si l'iode, ce qui est probable, se trouve absorbé par l'organisme, nous ferons ainsi une médication qui ne pourra que renforcer l'action du traitement local.

La solution que nous employons est au 1/20, elle se concentre avec le temps, aussi vaut-il mieux n'employer qu'une solution fraîche ou utiliser des ampoules fermées à la lampe.

Technique de l'injection. — On ne se sert pas d'une seringue de Pravaz dont le piston serait attaqué par l'iode, mais on emploie la seringue de Luer.

L'aiguille étant mise de côté, on fait pénétrer l'embout dans l'orifice créé par la ponction et on injecte ainsi dans le ganglion un quart ou un cinquième de centimètre cube d'éther iodé.

On a soin d'empêcher la sortie de l'éther par une légère pression du corps de la seringue sur les bords de la plaie, on arrive ainsi grâce à la volatilisation du liquide à produire une tension intra-ganglionnaire. La seringue sera tenue dans la position précédemment indiquée pendant une durée de deux minutes environ, on la retire ensuite et l'éther en surcroît ressort, entraînant souvent du pus ; il est utile de recommencer cette manœuvre deux ou trois fois. Après cette opération une certaine quantité d'iode se trouve en contact avec la paroi du ganglion. Une mèche de gaze imbibée d'éther iodé sera introduite dans l'intérieur de la cavité ganglionnaire. Elle aura pour but : 1° de produire l'hémostase ; 2° d'empêcher l'accolement des deux lèvres de la plaie.

Pansement. — Un pansement doit être fait entre les séances, il ne doit pas être occlusif. Il se composera d'une compresse bouillie appliquée sur la plaie puis par-dessus un carré de coton hydrophile, le tout maintenu par une bande. Ce pansement sera renouvelé tous les deux jours après l'application de la ventouse. Il est à noter qu'après les premières séances, on constate une légère suppuration, mais celle-ci se tarit progressivement et au bout de huit à quinze séances suivant les cas, elle a presque complètement disparu ; l'orifice tend à se fermer et la quantité de liquide qu'on peut injecter est de plus en plus faible. Il arrive un moment où la cavité n'existe pour ainsi dire plus et c'est à peine si l'on peut faire pénétrer V à VI gouttes. On suspend alors les injections modificatrices et l'on peut continuer quelque temps l'application de la ventouse. Il persiste au niveau du ganglion une certaine induration, résultat de sa transformation fibreuse : le processus tuberculeux est enrayé. Petit à petit et au bout de quelques semaines cette induration qui s'accompagne d'une légère saillie disparaît à son tour et la guérison définitive s'obtient.

Quant à la cicatrice de la plaie elle se présente sous la forme d'une petite ligne très légèrement blanchâtre que nous avons constaté nous-même être moins étendue que l'incision du début. Il nous semble qu'il se produise là un phénomène de rétraction, la cicatrice n'a pas plus de 1 à 2 millimètres

elle est donc négligeable au point de vue esthétique.

Nous avons pensé qu'il était nécessaire de compléter ces indications en reproduisant la photographie de deux de nos malades.

Accidents et complications de l'injection — Il peut arriver que l'embout de la seringue est mal dirigé et qu'alors on injecte l'éther iodé entre les plans du tissu sain superficiel. Dans ce cas on voit se produire une escharre dont la cicatrisation est longue et la cicatrice disgracieuse. Pour éviter ce danger, il est de toute importance de s'assurer que l'orifice de l'embout de la seringue s'ouvre bien dans la cavité ganglionnaire elle-même.

Si le ganglion est profondément situé, il est avantageux de se servir du manchon d'un trocart que l'on adapte à la seringue et alors, pour obtenir la tension intra-ganglionnaire dont nous avons parlé, il faut, après avoir poussé l'injection, retirer rapidement le manchon et appliquer le doigt sur le pourtour de l'incision.

Un autre danger existe quand l'éther se répandant autour de la plaie dépose à la surface de la peau une certaine quantité d'iode : une brûlure peut en résulter. Nous conseillons pour obvier à cet inconvénient de laver le pourtour de l'orifice avec de l'alcool et d'appliquer pour le pansement une compresse de coton hydrophile imbibée d'alcool à 90 degrés. L'iode est dissout par l'alcool et toutes

les fois que nous avons pris cette précaution nous avons constaté une intégrité absolue de la peau.

Application de la ventouse. — Le malade revient deux jours après l'intervention, on retire la mèche de gaze, puis la ventouse est appliquée au niveau du ganglion.

Choix de la ventouse. — Bier ayant reconnu qu'avec des ventouses de dimensions réduites, l'aspiration se faisait dans de meilleures conditions, on emploiera de préférence une ventouse petite.

Nous nous sommes servi indifféremment de la ventouse ordinaire en verre et de la ventouse à pompe, celle-ci présente peut-être l'avantage de permettre d'arriver plus facilement au degré de raréfaction que l'on veut atteindre.

Ces ventouses, avant leur emploi, auront été stérilisées d'une façon rigoureuse.

Application proprement dite. — Nous nous écartons ici de Bier :

1^o En appliquant la ventouse, non pas immédiatement après la ponction comme il le fait, mais quarant-huit heures après ; la raison de ceci est que nous avons voulu éviter une hémorragie superficielle qui ne différerait en rien de celle obtenue par l'application d'une ventouse scarifiée, hémorragie qui donnerait un résultat nul au point de vue thérapeutique ;

2^o En ne faisant pas l'application intermittente et périodique qu'il préconise, il ne nous a pas semblé en effet que cette périodicité fût nécessaire.

Quant au degré de raréfaction à atteindre, il est difficile de le préciser, mais, comme Bier le dit, la raréfaction sans être exagérée sera pourtant forte.

Au bout de vingt à vingt-cinq minutes, on enlève la ventouse et on remarque que, le plus souvent, le ganglion saigne encore. Sous l'influence de la raréfaction produite à l'intérieur de la ventouse, le sang cherche une issue à l'extérieur et cette hémorragie minime a pour effet de produire un lavage de toute la périphérie du ganglion, c'est en quelque sorte un phénomène mécanique de désinfection.

Lorsque, au contraire, on ne remarque aucun écoulement de sang à l'extérieur, c'est qu'il s'est formé un caillot sanguin dans la cavité ganglionnaire. La section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané a provoqué un épanchement qui a eu une tendance à gagner les parties déclives et à se coaguler dans l'intérieur du ganglion. Ce caillot est un milieu fertile de culture où le bacille de Koch peut pulluler et il n'y a aucune raison de le laisser en contact avec la coque ganglionnaire : on constate encore ici l'utilité du curettage.

Cette première application de la ventouse de Bier sera suivie d'une injection suivant la technique indiquée, puis d'un tamponnement qui produira l'hémostase ; à cet effet on emploie une mèche de gaz imprégnée d'une substance modificatrice et antiseptique, avec un stylet mousse on la fait pénétrer entre les deux lèvres de l'incision et on recouvre le tout d'un pansement stérilisé.

IV. — *Mécanisme d'action de cette méthode*

Sans nier l'influence de l'hyperémie sur les éléments anatomiques, il ne nous semble pas que les résultats que l'on est en droit d'attendre ne sont dus qu'à elle.

I. — Que l'hyperémie produite par la ventouse ait un rôle bactéricide, régénérateur, et que son action soit favorable et même utile dans la guérison de l'adénite, le fait est possible, mais nous pensons que la ventouse agit surtout mécaniquement, qu'elle agit en aspirant.

L'hyperémie peut agir dans la zone périphérique et active du ganglion en produisant les effets dont nous avons précédemment parlé, l'action mécanique de la ventouse s'exerce à la partie centrale de ce même ganglion : 1° Il y a une aspiration du pus et des fongosités jusque dans les verticules les plus petits et les plus éloignés ; 2° il y a production d'un écoulement de sang, il y a une hémorragie assez abondante pour laver les parois du ganglion, charrier à l'extérieur des gouttelettes de pus et des bacilles.

Et c'est parce que nous avons envisagé sous cet aspect la fonction de la ventouse que nous appliquons cette dernière, non pas, comme Bier, avec de nombreuses intermittences, mais au contraire d'une façon continue pendant une durée de vingt à vingt-cinq minutes.

II. — Nous nous séparons encore de Bier, en ce

que nous injectons de l'éther iodé dans l'intérieur du ganglion. Ces injections sont destinées d'abord à lutter efficacement contre la prolifération microbienne (action bactéricide de l'iode), et de plus elles ont une action caustique, elles mortifient les parois ganglionnaires dont les débris sont aspirés par la ventouse et ainsi à chaque séance on recule de plus en plus l'étendue de la zone atteinte.

V. — *Résultats*

1° *Résultats rapprochés.* — D'une façon générale, au bout de trois semaines, le ganglion acquiert une consistance et une dureté beaucoup plus grandes. Puis bientôt, la cicatrisation de l'orifice a lieu, elle est annoncée par la formation de petites croûtes entre les séances.

Un mois à six semaines après la ponction, la cicatrice est formée et définitive, elle se présente sous forme d'une petite ligne blanchâtre dont la longueur varie de 2 à 3 millimètres. Il existe à ce moment une région légèrement indurée et faisant un faible relief sous la peau : quelques semaines après le traitement, ce relief disparaîtra progressivement, la palpation ne permettra plus de reconnaître le ganglion et une cicatrice insignifiante sera le seul signe qui pourrait rappeler l'adénopathie.

2° *Résultats éloignés.* — Les récidives sont possibles et deux cas peuvent se présenter :

a) *Le ganglion soigné suppure.* — Cette suppura-

tion résulte presque toujours de ce fait que le traitement n'a pas été appliqué assez longtemps. Il n'est pas rare en effet de voir certains malades qui, se croyant guéris au bout de quelques semaines, deviennent négligents, ne vont plus se faire traiter et vaquent à leurs occupations jusqu'au jour où la suppuration reparaît de nouveau. S'ils avaient suivi les conseils qu'on ne cesse de leur donner, rien de tout cela ne serait arrivé, et par leur conduite irréfléchie ils ne font que retarder et compromettre leur guérison. Le traitement dans ce cas est le même que celui précédemment décrit : il doit être appliqué sans retard.

b) *Les ganglions voisins suppurent.* — Alors que le ganglion traité est en voie de se scléroser et par conséquent de guérison. C'est là une éventualité dont, il n'est pas besoin de le dire, notre méthode n'est nullement responsable, mais c'est une éventualité qui se présente rarement lorsqu'on s'attaque, non pas à de volumineux paquets ganglionnaires, mais à des ganglions peu nombreux, que ceux-ci ont été traités méthodiquement et régulièrement comme nous venons de l'indiquer et que le traitement général est venu seconder et compléter le traitement local.

VI. Résumé

Notre méthode comprend les temps suivants :
1° Désinfection de la peau, ponction, curettage,

injection, introduction d'une mèche de gaze et pansement (jour de l'intervention).

2° Application de la ventouse, injection, mise en place d'une mèche et pansement (troisième jour et séances suivantes).

VII. Traitement général

Il sera un adjuvant du traitement local et ne devra jamais être négligé.

Hygiène. — Les chambres seront largement et très souvent aérées. L'exercice et la marche en particulier seront utiles, mais il faudra en user modérément ; jamais on ne devra voir apparaître de douleurs articulaires, de lassitude excessive, d'élévation de température, car alors le but serait dépassé.

La vie au grand air, les altitudes, l'air marin sont des adjuvants utiles que l'on ne devra jamais négliger lorsque les circonstances le permettront. Sous l'influence du séjour au bord de la mer une amélioration notable peut se produire, l'appétit augmente, l'assimilation se fait dans de meilleures conditions, le nombre des globules rouges s'accroît.

Médication. — L'huile de foie de morue si justement préconisée par le professeur Pouchet est un médicament de la première importance parce qu'il est facilement assimilable, parce qu'il contient des composés phosphorés et parce qu'il est riche en matières grasses (oléine et margarine).

On la donnera à la dose de cinq à six cuillerées à

soupe par jour, elle ne sera contre-indiquée qu'en présence de fièvre et de troubles digestifs.

La médication phosphatée fut tout récemment en très grand honneur, on tend actuellement à lui substituer la médication phosphorée dont une des meilleures formes d'administration semble être la phosphure de zinc. Ce médicament s'emploie à la dose de 20 à 30 milligrammes sous forme de granules.

L'arsenic donne également de bons résultats, il exerce une action trophique incontestable, il favorise l'embonpoint par un mécanisme qui n'est pas encore élucidé. Le cacodylate de soude est employé en injections hypodermiques à la dose de 5 centigrammes, on fait deux à trois injections par semaine. L'arrhénal est employé à l'intérieur à la dose de 5 centigrammes par jour une semaine sur deux.

La médication iodée pourra également être utilisée, on prescrit le plus souvent le sirop iodo-tannique à la dose d'une cuillerée à soupe par jour.

Nous ne ferons que citer le goudron et les principes qu'il renferme (créosote et gaïacol) qui pourront dans certains cas trouver leurs indications.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Blanche M..., dix-sept ans, brocheuse, vient consulter à l'hôpital Saint-Joseph au mois de janvier 1908 pour une grosse adénite de la région carotidienne gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à l'âge de cinquante et un ans d'une tuberculose pulmonaire ; père bien portant.

Antécédents personnels. — Cette adénopathie paraît être une récidue ; depuis l'âge de quatre ans, cette jeune fille a eu des poussées successives d'adénites qui ont donné naissance à certains moments à des lésions bilatérales.

A droite en effet, on constate en arrière de l'angle de la mâchoire d'une part et d'autre part au milieu de la gouttière carotidienne des cicatrices très visibles quelque peu chéloïdiennes par places, en d'autres au contraire rétractiles, qui sont à coup sûr le reste d'une tuberculose ganglionnaire suppurée.

Au dire de la malade, l'apparition de ces cicatrices remonte à l'âge de treize ans ; à ce moment et pendant plus de six mois elle fut porteur de gros ganglions qui ont fini par s'ouvrir et qui ont été soignés à l'Hôtel-Dieu par des pansements fréquemment répétés sur la nature desquels la malade ne peut donner aucune indication.

En constatant, il y a trois mois, que sa gouttière carotidienne gauche augmentait de volume et présentait des « grosseurs » analogues à celles qui avaient siégé dans la gouttière carotidienne droite, elle eut peur qu'une suppuration apparût à gauche comme elle était apparue à droite et ne laissât des traces indébiles. C'est pour cette unique raison qu'elle vint consulter à l'hôpital.

Cette malade est d'assez forte corpulence, son état général paraît bon, bien que sa profession de brocheuse soit un métier pénible.

L'examen de la région carotidienne permet de reconnaître un ganglion gros comme une noix, assez superficiel et siégeant juste en arrière de la corne supérieure du cartilage thyroïde. Sa consistance est parfaitement élastique mais il paraît, au dire de la malade, grossir assez rapidement, il est quelquefois le siège de douleurs irradiées, enfin il est accompagné d'autres petits ganglions dont un grand nombre sont appréciables à la palpation et sont situés à la région sus-claviculaire gauche.

En présence de cette symptomatologie, le D^r Mayet est d'avis qu'il s'agit d'une adénopathie bacillaire et qu'il est probable que le centre même du ganglion est déjà atteint de nécrobiose. V à VI gouttes de cocaïne au 1/100 sont injectées sous la peau parfaitement mobile et cinq minutes après, le D Mayet fait avec un bistouri à cataracte une ponction au centre du ganglion, créant ainsi un orifice de 2 millimètres. Avec une très petite curette passée à travers cet orifice, on tombe sur du tissu friable et on ramène des fongosités caractéristiques. En quelques coups de curette, on enlève sur les parois ganglionnaires ce qui ne résiste pas, on fait une injec-

tion d'éther iodé au 1/20, puis on introduit à l'intérieur de la cavité une mèche de gaze imbibée de ce même liquide.

La malade vient deux jours après, la mèche est enlevée entraînant avec elle quelques débris d'apparence fongueuse, la ventouse est placée, puis après son application, on injecte un quart de centimètre cube d'éther iodé.

Au bout de trois semaines, l'aspiration ne fait plus sourdre qu'un peu de sang, la palpation du ganglion dénote une consistance et une dureté beaucoup plus grandes. On supprime alors la mèche qui maintenait béant l'orifice et on se borne à injecter tous les deux jours VIII à X gouttes d'éther iodé.

La cicatrisation de l'orifice se poursuit insensiblement au point que bientôt une simple croûte apparaît entre les séances d'application de la ventouse. Les bords de la petite plaie se rapprochent et adhèrent : au bout de un mois la cicatrice est complète et définitive. Il reste encore à la palpation une région légèrement indurée et faisant un faible relief sous la peau. Ce relief disparaît progressivement, quant à la cicatrisation de l'orifice elle se fait sous forme d'une petite ligne blanchâtre d'une longueur de 3 millimètres.

Cette malade mise au traitement général intensif consulte de nouveau pour une maladie intercurrente six mois après.

La cicatrisation est à peine apparente, la pléiade ganglionnaire s'est effacée, il ne reste plus que un ou deux ganglions durs et élastiques dans la région sus claviculaire.

OBSERVATION II

Joseph M..., quinze ans, apprenti parqueteur est examiné le 9 janvier 1908 par le Dr Mayet au dispensaire de la Ligue fraternelle des Enfants de France.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à l'âge de trente-sept ans d'une congestion pulmonaire. Père bien portant, un frère bien portant également, une sœur anémique ne pouvant travailler.

Antécédents personnels. — M... a eu une pleurésie du côté droit il y a trois ans.

L'examen local permet de constater une grosse adénite siégeant sous l'angle de la mâchoire à droite, puis une seconde siégeant 3 centimètres plus bas; toutes deux ne sont pas nettement suppurées, mais on a déjà une légère sensation de rénitence. D'autres ganglions existent au niveau de la région sus-claviculaire du même côté.

Après avoir pris les précautions antiseptiques d'usage, on fait avec la pointe du bistouri une ponction dans les deux ganglions: il s'écoule un liquide louche contenant en suspension des fongosités. La poche est successivement lavée à l'eau oxygénée, curettée, puis on fait une injection intra-ganglionnaire d'éther iodé, une mèche est ensuite interposée entre les deux lèvres de la plaie. La ventouse est appliquée deux jours après pendant vingt minutes.

Après six semaines de traitement pour le ganglion supérieur, sept pour l'inférieur, on constate une cicatrisation complète, une induration très minime, deux petites cicatrices blanchâtres très peu visibles.

Ce malade n'a pas été revu.



OBSERVATION III.

OBSERVATION III (Personnelle)

Marie B..., trente ans, employée de commerce, vient consulter le 25 février 1908 à l'hôpital Saint-Joseph.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante, père mort à l'âge de trente ans d'une affection inconnue. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — La malade a eu une bronchite à l'âge de quinze ans, puis une pleurésie du côté gauche en 1906. Elle a un peu maigri depuis un an environ, elle tousse légèrement le matin, l'auscultation révèle une respiration un peu plus soufflante du côté gauche et la palpation un peu de submatité. Depuis cette époque on lui fait des piqûres de cacodylate de soude et on lui fait prendre de la créosote à l'intérieur.

L'examen local permet de constater une petite grosseur du volume d'une noix, indolore à la pression, rénitente et siégeant à la région parotidienne droite. La malade s'est aperçue de cette grosseur depuis trois mois environ. Malgré la fluctuation peu nette, le Dr Mayet porte le diagnostic d'adénite suppurée. On fait immédiatement une anesthésie locale à la cocaïne (injection traçante de Reclus) et au bout de cinq minutes on ponctionne avec un bistouri la masse ganglionnaire en son milieu, il s'écoule un liquide jaune, épais, granuleux. Un curettage consécutif permet d'extraire une assez grande quantité de fongosités blanchâtres. Une mèche imbibée d'éther iodé au vingtième est introduite par l'orifice de la ponction.

La malade revient régulièrement tous les deux jours et après

avoir enlevé cette mèche de gaze, on lui fait une application de la ventouse pendant une durée de vingt-cinq minutes.

Au bout de cinq semaines de traitement, la malade n'est plus obligée de revenir à l'hôpital, car la plaie est complètement cicatrisée, la tuméfaction a totalement disparu et la palpation ne fait plus sentir qu'un très petit noyau légèrement élastique.

Cette personne revue le 3 juin est complètement guérie, on ne sent plus aucune trace de ganglion et de noyau induré, la cicatrice se présente sous forme d'une petite ligne blanchâtre dont la longueur dépasse à peine un millimètre.

Nous reproduisons ici la photographie de cette malade et l'on pourra ainsi se rendre compte des résultats merveilleux que nous a donnés le traitement.

OBSERVATION IV

Marius L..., vingt et un ans, étudiant, est présenté au Dr Mayet le 23 juin 1907.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à quarante-huit ans, mère morte tuberculeuse également à cinquante-trois ans. Une sœur est atteinte de tuberculose pulmonaire (deuxième période), une autre a eu une pleurésie il y a trois ans.

Antécédents personnels. — Le malade est chétif, maigre, anémique, une auscultation attentive ne révèle aucun indice.

A l'examen on constate dans la région carotidienne gauche, un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire une masse ganglionnaire légèrement suppurée. La peau est tendue, un peu rouge, on sent une poche de liquide limitée par un bourrelet résistant.

Après un nettoyage antiseptique de la région, on fait une

ponction avec un bistouri à cataracte, un pus jaunâtre et grumeleux s'écoule ; consécutivement on procède à un lavage à l'eau oxygénée. Le curettage est conduit très prudemment à cause de la minceur des parois ganglionnaires ; on injecte ensuite de l'éther iodé qui dilate largement la poche et pénètre dans tous les recoins.

Deux jours après, application de la ventouse ; le malade revient régulièrement. Au bout de quinze jours, la cavité est notablement réduite et il ne sort plus qu'une faible quantité de sang au moment de l'aspiration.

Le malade est obligé de quitter Paris, et en dépit des conseils qui lui sont donnés, il part avec un pansement composé simplement de quelques compresses imbibées d'alcool.

Au bout de trois mois, il revient trouver le Dr Mayet et raconte que, huit jours après son départ, il a enlevé le pansement, que la plaie était cicatrisée et qu'il n'y avait plus d'apparence de poche liquide.

L'examen de la région montre une cicatrice longue de 2 millimètres, une région aplatie ; dans la profondeur on sent encore une sorte de petit bourrelet légèrement induré qui double le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Ce malade est revu huit mois après sans aucune récurrence.

OBSERVATION V (Personnelle)

Louise D..., vingt et un ans, couturière, vient consulter à l'hôpital Saint-Joseph le 16 décembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Cinq frères et sœurs dont deux sont morts en bas âge (la malade ne peut indiquer la cause de la mort).

Un frère âgé de quinze ans bacillaire et deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — La malade a eu une première bronchite à seize ans, puis une seconde deux années après ; depuis quelque temps elle a maigri, se sent moins forte qu'avant, mais ne tousse pas. L'auscultation permet de suspecter de bacilliose le sommet gauche.

L'examen local montre dans la région inguinale droite une tuméfaction du volume d'une petite noix ; la palpation dénote une légère fluctuation, la peau n'est pas adhérente.

Après anesthésie locale à la cocaïne, une ponction au bistouri est faite au niveau de la partie centrale ganglionnaire : il s'écoule du pus et des fongosités blanchâtres.

On fait un curettage rapide et l'on injecte de l'eau oxygénée dans la cavité du ganglion.

La malade revient tous les deux jours, on lui fait chaque fois une application de la ventouse pendant vingt minutes, puis consécutivement une injection de un quart de centimètre cube d'éther iodé ; entre les séances, elle est mise au repos le plus absolu dans le décubitus horizontal.

Après vingt-cinq jours de traitement, la cicatrisation était complète, la tuméfaction avait totalement disparu et on ne sentait plus qu'une masse indurée du volume d'un pois. La malade n'est pas revenue.

OBSERVATION VI

Louis D..., vingt-quatre ans, stagiaire dans une administration officielle vient consulter le 5 février 1908 à l'hôpital Saint-Joseph.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un frère mort en bas âge d'une méningite. Une sœur bacillaire.

Antécédents personnels. — D..., dit n'avoir jamais été malade. Il est porteur d'une adénite tuberculeuse, siégeant à la région crurale du côté gauche, de la grosseur d'un œuf de poule, présentant à son centre une zone de ramollissement du volume d'une grosse lentille. Une seconde adénite se trouve immédiatement en dehors de la première, elle présente ce caractère de ne pas donner la sensation de ramollissement et d'être moins volumineuse.

La peau est savonnée, puis lavée à l'alcool et à l'éther. Avec la pointe du bistouri, on fait une incision au niveau de la grosse adénite, il s'écoule environ une cuillerée à soupe de liquide purulent et grumeleux.

On lave immédiatement à l'eau oxygénée et sous l'influence de l'injection on sent le ganglion voisin entrer en tension, preuve de la communication de ces deux adénites toutes deux suppurées.

On procède à un curettage prudent en raison du rapport de la masse ganglionnaire avec la veine saphène interne.

A travers l'orifice on peut faire arriver la curette jusqu'à l'intérieur du deuxième ganglion ; un second lavage à l'eau oxygénée entraîne de nombreux débris de tissus nécrosés.

La ventouse est appliquée régulièrement tous les deux jours. Après cinq semaines de traitement, le malade prétend ne plus pouvoir venir à l'hôpital, il retourne à ses occupations et fait chaque jour un trajet de 4 kilomètres. Malgré cette mobilisation constante qui s'oppose à la cicatrisation, la guérison a lieu sept semaines après l'intervention : on note alors une région

légèrement déprimée présentant à son centre une cicatrice blanchâtre.

Trois mois après, on ne constate aucune récurrence et la cicatrice s'est assouplie.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Jeanne B..., vingt ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire à quarante-trois ans, mère bien portante. Deux frères et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole à sept ans. A quinze ans elle eut une pneumonie qui dura trois semaines. Depuis cette époque, elle n'a eu aucune autre maladie ; c'est une femme d'une forte constitution et qui paraît bien portante.

Au mois de décembre 1907, elle s'aperçoit d'une petite grosseur à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite ; elle ne va pas consulter, espérant que cette grosseur disparaîtrait à la longue. Deux mois après, constatant qu'il n'y avait aucune amélioration mais qu'au contraire, la tumeur grossissait toujours, la jeune fille vient à l'hôpital, elle se présente à la consultation de Saint-Joseph le 19 février 1908.

L'examen permet de faire les constatations suivantes : une tuméfaction du volume d'une mandarine siège à 2 centimètres au-dessous du pli de l'aîne du côté droit, elle est en rapport avec les vaisseaux fémoraux. La peau n'est pas adhérente, la tuméfaction présente une consistance élastique, et à la partie centrale un point plus dépressible se manifeste. Au niveau de la cuisse gauche, on observe à la partie supérieure du triangle

de Scarpa, trois petites nodosités dures roulant sous le doigt. Le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse est posé.

Après savonnage de la région et lavage à l'alcool et à l'éther, on fait une incision qui donne issue à un pus jaunâtre, grumeleux et à des fongosités blanchâtres, toutes choses qui ne font que mieux établir la justesse du diagnostic. Avec une petite curette on râcle les parois ganglionnaires en allant avec la plus grande prudence de crainte de perforer la coque et d'atteindre les vaisseaux voisins.

On fait ensuite un lavage à l'eau oxygénée et on injecte un cinquième de centimètre cube d'éther iodé; une mèche imbibée de ce même liquide est placée à l'intérieur de la cavité et un pansement de gaze stérilisée recouvre l'orifice de la plaie.

La malade revient deux jours après, on enlève la mèche et on applique la ventouse pendant une durée de vingt-cinq minutes : sous l'influence de l'aspiration, il s'écoule une assez grande quantité de sang mélangé à du pus. L'application de la ventouse est suivie d'une injection iodée et ce traitement est continué cinq semaines durant.

La malade revue le 31 mars paraît complètement guérie : tout relief de la peau a disparu, il reste une cicatrice minime et la palpation ne permet plus de déceler aucune trace d'induration.

Les deux ganglions du côté opposé existent toujours.

La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Louis R..., vingt-cinq ans, mécanicien.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — A eu la coqueluche à l'âge de six mois, puis à deux ans la diphtérie et trois mois après la rougeole. Depuis cette époque R..., est resté chétif et d'une santé délicate.

En 1902, à la suite d'une piqûre de l'index droit, il eut un panaris avec lymphangite consécutive envahissant la main et une partie de l'avant-bras ; le traitement chirurgical et les applications antiseptiques eurent raison de la maladie et quelques semaines après R... pouvait reprendre son travail.

En 1905, le malade eut une bronchite aiguë qui l'obligea à s'aliter durant quinze jours ; depuis cette époque l'état général du malade est devenu moins satisfaisant, il accuse des sueurs nocturnes, de l'inappétence et un léger amaigrissement.

R... au commencement de l'année 1907 s'est aperçu d'une grosseur siégeant à la région du cou, mais espérant toujours que cette grosseur disparaîtrait, il n'a pas consulté de médecin. Le 23 janvier 1908, c'est-à-dire un an après, il vient à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph.

L'examen permet de constater dans la région du sterno-cleido-mastoïdien au-dessous de la parotide du côté droit une tuméfaction arrondie du volume d'une grosse noix ; et nettement fluctuante à la palpation.

Du côté gauche on trouve deux petits ganglions dont l'un se

trouve situé en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur et l'autre dans la région sous-maxillaire.

A l'auscultation des poumons on note une respiration un peu saccadée et à la percussion une légère submatité du sommet gauche. On diagnostique une adénite tuberculeuse suppurée.

Le malade est couché sur un lit, la région est soigneusement désinfectée et après anesthésie locale par le chlorure d'éthyle, on fait une ponction au centre du ganglion avec un bistouri à cataracte : il s'écoule un pus verdâtre, épais, peu grumeleux.

Une pression exercée avec les doigts sur le pourtour de la tuméfaction favorise l'évacuation de la poche et des diverticules.

On injecte ensuite de l'eau oxygénée à l'intérieur du ganglion et cette eau ramène avec elle du pus et des débris de tissu nécrosé,

L'injection est suivie d'un curettage prudent et rapide des parois ganglionnaires : de nombreuses fongosités sont ainsi amenées à l'extérieur.

On injecte un quart de centimètre cube d'éther iodé puis une mèche imbibée de ce même liquide est introduite dans la cavité et sa partie terminale reste interposée entre les deux lèvres de l'incision. Un pansement aseptique recouvre l'orifice de la ponction.

Le malade revient le 25 janvier. La mèche est retirée, elle est encore imprégnée d'un pus verdâtre et épais. La ventouse est immédiatement appliquée, elle est laissée en place vingt minutes : le pus est aspiré de toutes les anfractuosités en même temps qu'il s'écoule une assez forte quantité de sang.

On enlève ensuite la ventouse et on injecte un quart de centimètre cube d'éther iodé avec la seringue de Luer dont on

eu soin de retirer l'aiguille. Le doigt mis sur l'orifice empêche l'éther de refluer, la poche se dilate et l'iode peut ainsi pénétrer dans tous les recoins de la cavité.

Ce traitement est régulièrement suivi par le malade tous les deux jours.

Quatre semaines après, toute trace de tuméfaction a disparu, vers la fin de la cinquième semaine la cicatrisation est complète, à la palpation minutieuse on ne trouve plus le moindre empatement.

Le traitement général a été institué en même temps que le traitement chirurgical et le malade qui est revu trois mois après (le 28 avril), est complètement guéri. Les deux ganglions non suppurés qui se trouvaient du côté gauche ne sont presque plus perçus à la palpation.

OBSERVATION IX

Gaston D..., vingt-six ans, tourneur sur métaux.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère morte de péritonite aiguë, Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Scarlatine dans l'enfance. Au mois d'août 1907, D... s'aperçoit d'une grosseur siégeant en arrière de la branche montante du maxillaire inférieur.

Cette grosseur produit bientôt une déformation visible et D... va consulter un médecin de son quartier. Celui-ci prescrit l'application d'onguent napolitain et d'autres pommades résolutives que le malade ne peut énumérer.

L'application de ces pommades durant deux ou trois mois est restée sans effet, aussi D... vient il à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph le 16 décembre 1907.

A l'examen, on observe une tuméfaction siégeant au niveau de la région parodidienne à droite, d'une consistance élastique, présentant un point de ramollissement à son centre, de forme ovale et de la grosseur d'un œuf de pigeon.

A 3 centimètres en dessous et sur les parties latérales, on observe une petite masse dure, non adhérente à la peau et grosse comme une noisette, en arrière de celle-ci une autre petite grosseur d'un volume à peu près égal.

On pose immédiatement le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse et l'adénite de la région supérieure est suspectée d'un léger ramollissement.

Après les précautions antiseptiques d'usage et anesthésie locale au chlorure d'éthyle, une ponction est faite qui laisse écouler un liquide d'abord rougeâtre, puis jaune et parsemé de débris blancs caractéristiques.

Immédiatement est fait un curettage qui permet de ramener au dehors une notable quantité de fongosités.

On lave la poche à l'eau oxygénée et on injecte de l'éther iodé avec la seringue de Luer.

Le malade revient deux jours après, on place alors la ventouse qui provoque un écoulement assez considérable de sang mélangé à du liquide purulent.

La ventonse est appliquée pendant six semaines et d'une façon régulière. Les résultats observés à la fin de la septième semaine sont des plus favorables : la peau d'aspect normal ne présente qu'une cicatrice vraiment insignifiante et d'une couleur blanchâtre. La tuméfaction a totalement disparu et c'est à peine si on perçoit dans la profondeur un très petit noyau induré.

Sous l'influence du traitement général, les deux autres ganglions voisins ont diminué de moitié,

Ce malade n'a pas été revu.

OBSERVATION. X (Personnelle)

Paul M., vingt-trois ans, ébéniste, vient le 2 mars 1908 à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Sœur morte à quinze ans d'une méningite. Frère bien portant.

Antécédents personnels. — Le malade eut à l'âge de huit ans une broncho-pneumonie qui dura environ quinze jours, il n'a eu aucune autre maladie depuis jusqu'en 1908. Au mois de février de l'année 1908, il s'aperçoit d'une grosseur siégeant au niveau de la région carotidienne droite et dont le volume s'est accru insensiblement depuis cette époque.

Le 2 mars 1908, l'examen local permet de sentir une tumeur du volume d'une mandarine, dont le centre présente de la fluctuation, elle n'est pas douloureuse à la pression et la peau ne lui est pas adhérente ; un ganglion siége également au niveau de l'aîne, il est très peu volumineux.

Après savonnage et lavage à l'alcool et éther, on fait une ponction qui laisse écouler un liquide jaunâtre, granuleux, charriant des fongosités : il s'agit bien là d'une adénite bacillaire.

La poche est lavée à l'eau oxygénée, puis on injecte un quart de centimètre cube d'éther iodé en suivant la techni-



OBSERVATION X.

que précédemment décrite. On interpose entre les deux lèvres de l'incision une mèche de gaz imbibée du même liquide, un pansement recouvre le tout.

Le malade revient deux jours après, on retire la mèche et on fait une application de la ventouse pendant vingt minutes. Le traitement est suivi régulièrement tous les deux jours.

Un mois après l'intervention, la tuméfaction est extrêmement réduite, il ne s'écoule plus au moment de l'application de la ventouse qu'une faible quantité de sang et on constate encore une petite induration du volume d'une noisette.

Au bout du deuxième mois, la cicatrisation est définitive, il n'y a ni empâtement de la région, ni tuméfaction, la guérison est complète.

Nous avons pris la photographie de ce malade.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Charles G..., quinze ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.
Sœur bacillaire.

Antécédents personnels. — A eu la scarlatine à dix ans.

Quelques mois après la terminaison de cette maladie, la marche devient peu à peu impossible, l'enfant se plaint d'une douleur localisée au genou droit et les parents font appeler un médecin qui diagnostique une tumeur blanche.

Le petit malade fut traité par l'immobilisation dans un appareil plâtré et la guérison s'obtint par l'ankylose de l'articulation.

A ce moment on envoya l'enfant à la campagne, il y séjourna deux années consécutives, puis revint à Paris chez ses parents. Depuis cette époque on n'observe rien d'anormal jusqu'au mois d'avril 1908.

Le 28 avril, ce jeune homme vient à la consultation de l'hôpital Saint-Joseph pour deux grosseurs siégeant, la première au niveau de la région carotidienne (G... s'est aperçue de celle-ci depuis deux mois environ), l'autre au niveau de la région parotidienne, cette dernière plus petite que la précédente et remontant à une quinzaine de jours d'après les dires du malade.

A l'examen on constate que la première est de la grosseur d'une noix, qu'elle est molle et présente de la fluctuation, tandis que la seconde est dure, roule sous le doigt, n'est pas adhérente à la peau.

Un examen plus complet permet de reconnaître plusieurs autres petits ganglions siégeant au niveau du pli de l'aîne du côté droit.

A l'auscultation on entend au sommet gauche une respiration soufflante et on note la présence de craquements, l'inspiration est saccadée et la percussion révèle de la submatité dans la fosse sus-épineuse.

Les antécédents personnels du malade ne laissent aucun doute, il s'agit bien là encore d'adénopathie tuberculeuse.

L'intervention est immédiatement décidée. Après avoir désinfecté soigneusement la région, on fait une ponction au centre du ganglion ramolli avec un bistouri à cataracte. Il s'écoule un pus jaunâtre, peu grumeleux.

On procède ensuite à un rapide curettage que l'on fait suivre d'un lavage à l'eau oxygénée, puis de l'introduction d'une mèche de gaze imbibée d'éther iodé.

Deux jours après, le malade revient, on retire la mèche qui est imprégnée de pus, on place la ventouse pendant vingt minutes et après avoir enlevé cette dernière on injecte un quart de centimètre cube d'éther iodé dans la cavité ganglionnaire ; une nouvelle mèche est placée qui doit empêcher les lèvres de l'incision de s'accoler et produire l'hémostase.

Le traitement est suivi régulièrement pendant six semaines en même temps qu'est instituée une médication interne.

A la fin de la sixième semaine, la tuméfaction n'existe plus, une cicatrice blanche, insignifiante, longue à peine de 2 millimètres est le seul vestige de l'incision, la palpation ne dénote plus qu'une petite masse indurée du volume d'un pois.

Le ganglion siégeant à la région parotidienne a bien diminué de volume mais ceux qui sont situés au pli de l'aîne sont toujours appréciables à la palpation.

Le malade n'a pas été revu.

CONCLUSIONS

I. — Parmi les nombreux traitements proposés contre les adénites tuberculeuses, aucun, même l'exérèse chirurgicale la plus vaste, ne met à l'abri d'une récurrence. Il n'existe donc pas de thérapeutique définitive et totale de cette affection.

II. — Pour éviter les cas de récurrence, les cicatrices étendues et inesthétiques quand elles siègent à la région cervicale, un grand nombre d'auteurs ont cherché dans le traitement conservateur une thérapeutique comportant une intervention plus limitée et entraînant des cicatrices moins visibles ; toutefois, la plupart de ces traitements nécessitent des soins extrêmement prolongés et ne préservent pas toujours de cicatrices dont l'étendue est à redouter.

III. — Bier a proposé d'appliquer à la tuberculose ganglionnaire sa méthode de stase veineuse et il a publié quelques faits intéressants.

Reprenant la question sur une plus vaste échelle, nous avons appliqué la méthode du chirurgien allemand ; toutefois, à la suite d'essais, nous l'avons modifiée de la façon suivante :

1° Pour nous débarrasser des éléments définitive-

ment frappés de mort, contenus au centre du ganglion ramolli ou sur ses parois, nous avons fait une ponction avec un fin bistouri, et, contrairement à Bier, nous avons rapidement enlevé à la curette tous les tissus désagrégés ;

2° Entre chaque séance d'application de la ventouse nous avons injecté dans l'intérieur du ganglion de l'éther iodé au 1/20 et maintenu, après cette injection, une mèche imbibée du même liquide ;

3° Pour faciliter cette thérapeutique dans le milieu hospitalier, au lieu des applications intermittentes de ventouses (repos de cinq minutes après une aspiration de cinq minutes), nous avons fait une seule application de vingt minutes tous les deux jours.

IV. — Cette méthode nous a donné les résultats favorables que nous publions et que nous pouvons résumer de la façon suivante :

1° Rapidité considérable de la guérison ;

2° Cicatrisation au bout de trois à cinq semaines.

3° Cicatrice absolument minime, longue de 2 à 3 millimètres, sans adhérence aux parties profondes et sans aspect chéloïdien.

Vu : le Président de la thèse,

SECOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Barth.* — In Traité de Médecine et de Thérapeutique Brouardel et Gilbert, t. VIII.
- Baylac.* — Recherches sur la Toxicité du Naphtol camphré. Bulletin de la Société de Médecine de Toulouse, juillet 1898.
- Berchon.* — Du Traitement des Adénites tuberculeuses du Cou. Thèse de Paris, 1894.
- Berger et Bezançon.* — Tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique. Bulletin de l'Académie de Méd. 1899.
- Bier.* — L'Hyperémie et son Action thérapeutique (traduit par Marhard et Valette, 1907).
- Binet.* — Des Accidents de l'Extirpation des Ganglions tuberculeux du Cou. Thèse de Paris, 1894.
- Blaizot.* — Traitement des Tuberculoses chirurgicales par les Injections médicamenteuses. Thèse de Paris, 1890.
- Bouet.* — Traitement des Abscess tuberculeux par le Naphtol camphré. Thèse de Paris, 1895.
- Bouvet.* — Les Adénopathies tuberculeuses chirurgicales. Thèse de Paris, 1900.
- Brissaud.* — Etude sur les Tuberculoses locales. Archives générales de Médecine, t. II, 1880.

Broca et Delanglade. — Traité des Maladies de l'Enfance.

Calot. — Congrès de Chirurgie, 1892.

Colineaux. — Contribution à l'Etude des Accidents d'Intoxication par le Naphtol camphré dans le Traitement des Tuberculoses chirurgicales. Thèse de Bordeaux, 1902.

Davis. — Contribution à l'Etude du Traitement des Tuberculoses locales par le Naphtol camphré. Thèse de Paris, 1892.

Deanesly. — Le Traitement par le plein Air de la Tuberculose chirurgicale. Brith. med. Jour., 17 oct. 1903.

Delagénière (H.). — Contribution à l'Etude de la Stase hyperémique passive. Journal de Médecine, 25 mars 1907.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie, t. IV.

Delon. — L'Hyperémie passive par Stase veineuse employée comme Agent thérapeutique. Thèse de Paris, 1907.

Desesquelle. — Toxicité du Naphtol camphré. Bull. et Mém. de la Société de Médecine et de Chirurgie de Paris, 6 novembre 1904.

Duhamel. — Traitement des Adénites tuberculeuses du Cou. Thèse de Paris, 1895.

Eisberg. — Contribution à l'Etude des Tuberculoses chirurgicales. Processus tuberculeux et sa Curabilité. Thèse de Paris, 1896.

Follin et Duplay. — Pathologie externe.

Gouzy. — Contribution à l'Etude clinique et expérimentale du Naphtol camphré. Thèse de Toulouse, 1897.

Grancher. — Article Scrofule du Dictionnaire encyclopédique.

Grosman (M^{lle}). — Contribution à l'Etude de la Méthode de Bier dans le Traitement des Métrites cervicales (Ap-

- plication de la Ventouse sur le Col utérin). Thèse de Paris, 1908.
- Guinard.* — Des Intoxications par le Naphtol camphré. Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris. Séance du 11 mai 1904.
- Kirmisson.* — In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus, t. VII.
- Lannelongue.* — Abscès froid et Tuberculose osseuse. Paris, 1881.
- Langlois.* — Précis d'Hygiène publique et privée.
- Lasserre.* — Du Traitement des Abscès froids par les Injections de Naphtol camphré. Thèse de Paris, 1889.
- Laurent.* — Sur le Traitement des Abscès ganglionnaires tuberculeux par les Injections d'Eau phéniquée. Thèse de Paris, 1905.
- Leclerc.* — Contribution à l'Étude des Adénopathies tuberculeuses du Cou. Leur Traitement par le Cacodylate de Soude. Thèse de Paris, 1901.
- Lejars.* — Traité de Chirurgie. Des Anédites tuberculeuses.
- Loze.* — Du Traitement des Adénites cervicales tuberculeuses chroniques. Thèse de Paris, 1905.
- Lévy-Klotz.* — Du Traitement des Tuberculoses locales. Thèse de Paris, 1896.
- Lyon (G.).* — Traité élémentaire de Clinique thérapeutique. Paris, 1899.
- Manson.* — Traitement des Adénopathies tuberculeuses par l'Extirpation et en particulier chez les Enfants. Thèse de Paris, 1895.
- Mestre.* — Contribution à l'Étude du Traitement des Abscès froids

par les Injections d'Éther iodoformé. Thèse de Paris, 1906.

Petit (R.). — De la Tuberculose des Ganglions du Cou. Thèse de Paris, 1897.

Phocas. — Valeur des Injections dans les Tuberculoses locales. (Bulletin médical de Lille, 1890).

Plicque. — Etude sur le Diagnostic et le Traitement des Tumeurs ganglionnaires du Cou (Gazette des Hôpitaux, 8 février 1890).

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie, t. I.

Svynos. — Contribution à l'Étude clinique des nouveaux Traitements des Adénites tuberculeuses. Thèse de Paris, 1895.

Verneuil. — Etudes expérimentales et cliniques sur la Tuberculose. Paris, 1888-1890.

Xech. — Du Traitement des Abscesses froids par l'Éther iodoformé et le Naphtol camphré. Toulouse, 1902.

